Rok XXXVII. Kraków 1. Stycznia 1898. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób dróg moczowych prof. Guyona w Paryżu.

Wyniki badań klinicznych nad 130 przypadkami cierpienia gruczołu krokowego.

Napisał

Dr. Bolesław Motz.

Asystent kliniki.

W ciągu badań moich nad przerostem gruczołu krokowego miałem możność zbadania w klinice prof. Guyona znacznej liczby chorych, dotkniętych tem cierpieniem. Nie będzie, zdaje mi się, pozbawionem interesu podanie do wiadomości części otrzymanych wyników, które zdaniem mojem, mają rzucić pewne światło na całą sprawę przerostu gruczołu krokowego.

Pragnąłbym mianowicie zwrócić obecnie uwagę na następujące punkty: 1) Wiek chorych; 2) Rozmiary gruczołu krokowego; 3) Zmiany miażdżycowe tętnic obwodowych i 4) Stosunek pomiędzy wielkością jąder a przerostem gruczołu krokowego.

a) Wiek chorych.

Na 109 przypadków, w których wiek był oznaczony, wynosił on:

u 3	osób	mniej niż . . .	55 lat
u 21	„	pomiędzy .	55—65 „
u 61	„	„ .	65—75 „
u 17	„	„ .	75—85 „
wreszcie u 1		powyżej	85 „

Wynika z tych liczb, iż wiek największej liczby chorych wahał się pomiędzy 65 i 75 latami, nigdy zaś nie był niższym od 50 lat i w tym wieku spostrzegałem jednego tylko chorego.

b) Rozmiary gruczołów krokowych.

Na 130 przypadków badanych stwierdzić mogłem:

w 36	gruczoł nie przerosły
w 12	przerost małego stopnia
w 30	„ średniego stopnia
w 21	„ dużego stopnia
w 31	„ olbrzymi.

Stąd znów widzimy, iż czwarta część „prostatyków“ posiadała gruczoł prawie prawidłowej wielkości, połowa zaś chorych miała przerost wysokiego stopnia. W przeszłej mojej pracy [1]) wykazałem, iż z pomiędzy 27 chorych, zmarłych wskutek różnych następstw przerostu, u 14, a więc w połowie przypadków przerost gruczołu przewyższał stopień średni. Zgodność tych liczb pozwala mi na wyprowadzenie wniosku, iż rozmiary gruczołu krokowego nie wywierają wielkiego wpływu na powstanie tych wszystkich następstw stanu chorobowego, których ofiarą padają chorzy.

Pomiędzy wielkością gruczołu przerosłego i wiekiem chorych żadnego związku wykazać nie mogłem.

Średni wiek osób:	z małym przerostem wynosił .	66 lat
	średnim „ „ .	71 „
	dużym „ „ .	66 „
	ogromnym „ „ .	68 „

c) Stan naczyń obwodowych.

Badałem tętnice obwodowe (udową i sprychową) u 104 prostatyków; wynik badania był następujący:

Na 26 przypadków słabego przerostu: w 11 tętnice miękkie (26%) w 15 tętnice twarde (42%).

Na 27 przypadków średniego przerostu: w 9 tętnice miękkie (33%), w 17 t. twarde.

Na 21 przypadków znacznego przerostu: w 3 tętnice miękkie (14%), w 18 t. twarde.

Na 30 przypadków ogromnego przerostu w 2 tętnice miękkie (7%), w 28 t. twarde.

Liczby te wskazują, iż istnieje pewien związek pomiędzy rozmiarami gruczołu i miażdżycą tętnic obwodowych.

W przypadkach przerostu nieznacznego lub średniego można wykazać tętnice miękkie w trzeciej części przypadków, podczas gdy bardzo rzadko, 5 na 51, znajdziemy je w przeroście znacznego stopnia. Zdawałoby się możliwem wytłómaczenie tego zjawiska starszym wiekiem osób dotkniętych znaczniejszym przerostem, to jednakże tłómaczenie nie da się przyjąć, gdyż wykazałem powyżej, iż niema żadnego związku pomiędzy wiekiem chorych a wielkością gruczołu krokowego.

d) Stosunek pomiędzy przerostem gruczołu a wielkością jąder.

Nowsze prace, które ukazały istnienie związku pomiędzy narządem jądrowym a gruczołem krokowym, podały mi myśl zbadania, czy nie ma bliższego stosunku pomiędzy stanem jąder i wielkością tego gruczołu. Z tego punktu widzenia badałem 157 prostatyków; z tej liczby w 120 przypadkach oba jądra były jednej wielkości, w 17 zaś zauważyć było można różnicę mniej lub więcej wyraźną. Przytoczę tu 9 spostrzeżeń, należących do tej drugiej kategoryi.

1. Sch. 59-letni. Zatrzymanie moczu niezupełne. Tętnice obwodowe lekko stwardniałe. Jądro prawe duże, jądro lewe małe. Przerost gruczołu krok. średniego stopnia; zraz lewy większy niż prawy.

2. Franc. 71 l. Tętnice miękkie; jądra małe, lecz prawe znacznie większe, niż lewe. Przerost gruczołu krok. średni z przewagą po stronie prawej.

[1]) Przyczynek do nauki o budowie histologicznej przerosłego gruczołu krokowego. „Przegląd Lekarski“ 1897, Nr. 2, 4, 5.

3. Bonn. 50 lat Lewe jądro duże, prawe średnie. W gruczole krokowym płat lewy duży, płat prawy lekko przerosły.

4. Av. 61 lat. Tętnice miękkie. Jądro lewe duże, prawe małe; przerost płatu lewego w gruczole krok.

5. Bir. 70 lat. Tętnice twarde. Jądra bardzo wielkie, szczególnie prawe. Gruczoł krok. duży, twardy, szczególnie po stronie prawej.

6. Sail. 65 l. Tętnice twarde. Jądro prawe duże, lewe zanikłe. Gruczoł krok. zaledwo macalny po stronie prawej; płatu lewego wyczuć nie można.

7. Ros. 76 l. Tętnice twarde. Jądro duże. Przerost gruczołu średni, szczególnie po stronie lewej.

8. Vol. Tętnice twarde. Jądro małe, szczególnie lewe. Lekki przerost gruczołu krok., wyraźniejszy po stronie lewej.

9. Dur. 63 l. Zatrzymanie moczu zupełne. Tętnice miękkie. Jądro prawe bardzo wielkie, brak lewego jądra. Gruczoł krok. wielki, szczególnie strona prawa.

Przykłady te dowodzą istnienia pewnego związku pomiędzy wielkością jąder i przerostem gruczołu krokowego. Tego faktu nie może obalić ośm spostrzeżeń, w których pomimo wyraźnej różnicy w rozmiarach obu jąder, nie mogłem stwierdzić asymetryi w przerosłym gruczole krokowym. Dowodzą one tylko, iż zjawisko to nie jest stałe i że w sprawie tej wchodzą w grę jeszcze czynniki, których nie znamy dokładnie.

Następująca tablica wykazuje rozmiary jąder i stopień przerostu gruczołu krokowego u 120 osób, których oba jądra były jednakiej mniej więcej wielkości.

	Liczba chorych	Gruczoł kr. mały	Przerost słaby	Przerost średni	Przerost duży	Przer. ogromny	Częstość przerostu dużego
Jądra małe	41	23	7	5	5	1	1 : 7
„ średnie	28	4	5	10	6	3	1 : 3
„ duże	31	6	0	6	7	12	2 : 3
„ wielkie	20	0	0	2	4	12	3 : 4

Z tablicy tej wynika, że u osób o jądrach małych znajdujemy przerost dużego stopnia raz na siedm przypadków, u osób z jądrami średniej wielkości, raz na trzy, z jądrami dużemi dwa na trzy, wreszcie z jądrami bardzo dużemi, trzy razy na cztery przypadki. Zdaje się, że wyniki te upoważniają do wniosku, że istnieje pewien związek pomiędzy wielkością jąder a przerostem gruczołu krokowego. To też u prostatyka o jądrach małych jest bardzo małe prawdopodobieństwo (1 : 7) znalezienia większego przerostu, podczas gdy znajdziemy go bardzo często (3 na 4) u prostatyków o jądrach dużych.

Stwierdzenie tego zjawiska ma znaczenie podwójne: 1) ze względu na patogenezę przerostu, o której powiemy niżej, 2) z punktu widzenia klinicznego. Pod tym względem, mając w pamięci przytoczone wyniki, można w niektórych przypadkach uniknąć omyłek rozpoznawczych, tak częstych w cierpieniach gruczołu krokowego. Dwa spostrzeżenia moje własne potwierdzą nam ważność tego wszystkiego, co tu powiedziałem.

Przed rokiem obserwowałem na klinicznej sali Velpeau w szpitalu Neckera na łóżku 7. chorego z rozpoznaniem dużego przerostu gruczołu krokowego. Badając jego jądra (które były bardzo małe) i stan tętnic obwodowych, wyraziłem wątpliwość co do dokładności rozpoznania w obec osób, które także badały chorego. Przy badaniu przez odbytnicę znalazłem ciało bardzo duże, robiące zupełnie wrażenie gruczołu krokowego bardzo znacznie przerosłego; jednakże po uważnem zbadaniu rozpoznałem flegmonę około-gruczołową. Prof. Guyon, zbadawszy chorego w pół godziny potem, zrobił rozpoznanie takie same. Przy sekcyi znaleźliśmy, P. Imbert i ja, dwie jamy o grubych ścianach pełne ropy, gruczoł zaś krokowy mały.

Przyznać należy, iż byliśmy nieco zanadto stanowczy pod tym względem. Obecnie na podstawie zestawienia liczb widzę, że zdarzają się przypadki, o których będę mówił, gdzie, pomimo bardzo małych jąder, istnieje bardzo wybitny przerost gruczołu. Oto mój przypadek drugi:

Przed tygodniem wstąpił do kliniki chory z powodu zupełnego zatrzymania moczu na tle zmian w gruczole krokowym. Zdawało się wskazanem przecięcie naczyń i nerwów: badanie przez odbytnicę, wykonane przez jednego z asystentów klinicznych, wykazało gruczoł krokowy bardzo duży. Badając tegoż chorego zauważyłem, że jądra ma bardzo małe i wyraziłem z tego powodu zdziwienie; zbadawszy przez odbytnicę przekonałem się rzeczywiście, iż gruczoł krokowy był bardzo słabo rozwinięty. Prof. Albarran, któremu to powiedziałem, zbadawszy chorego, potwierdził moje rozpoznanie. Przytoczyłem te dwa przypadki, aby wykazać ważne znaczenie kliniczne tych spostrzeżeń, które opisałem tak, jak przedstawiły mi się przy badaniu chorych.

Postaram się teraz wyprowadzić z nich pewne wnioski co do patogenezy przerostu gruczołu i objawów prostatyzmu wogóle.

Badania nowsze w ciągu ostatnich lat kilku wskazały nam na istnienie ścisłego związku pomiędzy gruczołem krokowym a narządem jądrowym. Stwierdzono, że rozwój obu tych narządów odbywa się równolegle. E n g l i s c h na podstawie 1984 przypadków wykazał, iż do 20 roku życia jądro i gruczoł krokowy rozwijają się jednocześnie, i dopiero około 40 roku w niektórych przypadkach rozrost gruczołu wyprzedza znacznie jądro.

Dzięki badaniom głównie Godarda wiemy, iż zatrzymaniu rozwoju narządów płciowych zewnętrznych towarzyszy także sprawa w gruczole krokowym. W przypadkach, gdzie zanik dotyka jedno tylko jądro, zauważono, że odpowiedni płat gruczołu był mniejszy od drugiego. Niektórzy autorowie zaprzeczyli słuszności tego. Ogłoszono spostrzeżenia, w których pomimo znacznej różnicy pomiędzy jądrami, gruczoł krokowy był zupełnie symetryczny. Jednakże te dane ujemne nie są w stanie osłabić ważności obserwacyi dodatnich. Wyniki doświadczalne po wytrzebieniu i przecinaniu jednostronnem sznura nasiennego, otrzymane przez Albarrana i przezemnie, wyjaśniają dostatecznie te pozorne sprzeczności.

Obie te operacye często sprowadzają zanik gruczołu krokowego, lecz zanik ten nie jest wyłącznie jednostronny, zaś tylko wybitniejszy po stronie, gdzie wykonano operacyę. Ta różnica w wielkości jest zaledwie widoczną pod mikroskopem po upływie trzech miesięcy i to tylko na skrawkach całkowitych z gruczołu. Niema przeto nic dziwnego, iż w tych przypadkach, gdzie jest różnica w wielkości obu jąder, stwierdzić można słabą tylko różnicę pomiędzy obu płatami gruczołu krokowego. W przypadkach asymetryczności jąder należy uwzględnić jeszcze chwilę, od której zaczął ulegać opóźnieniu rozrost jednego z nich. Jeżeli zanik jądra rozpoczyna

się w chwili, kiedy gruczoł krokowy doszedł już do stanu zupełnego rozwoju, to może on wpłynąć ujemnie na żywotność gruczołu nie odbijając się wyraźniej na różnicy pomiędzy obu jego płatami. Przeciwnie zaś, jeżeli zanik jądra wypadnie w okresie rozwoju, jego wpływ na wielkość gruczołu będzie daleko wybitniejszy.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału położniczego szpitala sw. Łazarza w Krakowie pod kierunkiem prof. Dra A. Marsa.

W sprawie pielęgnowania noworodków

napisał

Dr. Franciszek Kośmiński

asystent szkoły położnych w Krakowie.

Opieka nad noworodkami i sposób ich pielęgnowania do niedawnych jeszcze czasów spoczywał wyłącznie w rękach osób niepowołanych, bez najmniejszego niemal nadzoru ze strony lekarza. Dopiero gdy liczby statystyczne wykazały nadzwyczajnie wysoki odsetek śmiertelności noworodków w pierwszych tygodniach życia, zaczęto więcej zajmować się chorobami, właściwemi temu wiekowi, a równocześnie zwrócono baczniejszą uwagę i na sposoby pielęgnowania.

Obecnie mamy już pokaźny szereg prac, zajmujących się tym przedmiotem, a zwłaszcza dwoma najważniejszemi zadaniami, to jest sprawą karmienia i sposobem postępowania z resztką pępowiny.

Podczas, gdy sprawa karmienia cieszy się najzupełniejszą zgodnością zdań, a mianowicie co do przekonania, że najodpowiedniejszym jest pokarm matki a dopiero w drugim rzędzie — stósownej mamki i tylko w braku jego należy stósować karmienie sztuczne, to co do drugiej kwestyi zdania są jeszcze podzielone i bardzo od siebie różne. — Natomiast uwagi, nie zbyt wiele jak dotychczas, zwraca się na sposób podawania pokarmu noworodkom, pozostawiając tę czynność uznaniu otoczenia, niemającego zazwyczaj w tym względzie odpowiedniego doświadczenia. —

Przedewszystkiem z reguły za długo pozostają noworodki bez pokarmu. Po największej części bowiem rzeczywiste karmienie noworodka rozpoczyna się dopiero w trzecim a nawet w czwartym lub piątym dniu życia z przyczyny, że w tym właśnie czasie gruczoły mleczne zaczynają dopiero obficiej pokarm wydzielać i wtedy dopiero zapadać zwykło postanowienie w rodzinie, czy matka sama będzie karmić, czy też mamka, lub też zastósowane będzie karmienie sztuczne.

Tymczasem noworodek w pierwszych chwilach życia potrzebuje jak najstaranniejszej opieki i odpowiedniego pokarmu; wiemy bowiem, że z chwilą porodu nagła zmiana warunków życia i potrzeba przystósowania się do nich, sprowadza tak znaczne zapotrzebowania, że równowaga w ekonomii młodego ustroju chwilowo zostaje zniesiona. Dowodem tego są spostrzeżenia Lépinea[1]), że po porodzie ciepłota noworodka znacznie się obniża w pierwszych godzinach i wraca do normy zwykle dopiero po 24-ch godzinach; dalej badania, jakie w tym kierunku robił Fehling[1]), który również stwierdził stałe obniżanie się ciepłoty po porodzie; jednak już po 10 lub 12 godzinach znachodził on zwykle ciepłotę prawidłową; a wreszcie spostrzeżenia Prouffa[2]) który, mierząc ciepłotę w odbytnicy noworodków, znalazł, że zaraz po porodzie ciepłota z 37° C. spada i to niekiedy u słabo rozwiniętych noworodków nawet do 35° C.

To obniżenie ciepłoty zazwyczaj występuje w ten sposób, że mniej więcej co 15 minut opada ona o 1° C.; po kilku godzinach powoli się podnosi, i po pewnym czasie, zależnie od warunków zewnętrznych, np. ciepłoty otoczenia, utrudnionego lub ułatwionego przewiewu powierzchni ciała noworodka, wraca ona do prawidłowej, a nawet jest nieco wyższą.

Zanim noworodek zostanie przystawionym do piersi, lub otrzyma odpowiedni pokarm sztuczny, według powszechnie przyjętego z dawien dawna zwyczaju, dostaje w razie dopominania się o pokarm, nieco naparu ślazu, rumianku, lub też innej herbatki. Tego rodzaju postępowania karmieniem nazwać nie można, albowiem herbatki takie zawierają chyba bardzo mało części pożywnych. Jeżeli jeszcze napar taki bywa podawany w miarę i nie jest mocno słodzony, to przynajmniej nie wiele szkodzi; gdy zaś będzie podanym w większej ilości lub też zbyt suto osłodzony cukrem, to sprowadza bardzo często zaburzenia w przewodzie pokarmowym, zanim jeszcze karmienie się rozpocznie.

Nie otrzymując zatem w pierwszych chwilach życia żadnego pożywienia, żyje niemowlęcy ustrój początkowo kosztem swoich tkanek, czego dowodem ubytek na ciężarze ciała spostrzegany stale przez wszystkich prawie autorów w pierwszych kilku dniach życia. Ubytek ten ciężaru, mniejszy lub większy, zależnie od okoliczności, zostaje po pewnym czasie wyrównanym, i mniej więcej około 7-go dnia, waga ciała równa się ciężarowi pierwotnemu, bezpośrednio po urodzeniu. Wielkość ubytku na wadze bywa bardzo zmienną; według jednych waha się od 4—160 gramów, według innych zaś jest znacznie wyższą, bo wynosi od 100 do 450 gramów. Szendeffy[3]) stwierdził ubytek na ciężarze u wszystkich bez wyjątku, przez siebie spostrzeganych noworodków i to najmniej 10 grm., najwyżej zaś 270 gr. Haake[4]) zaś podaje, że wielkość ubytku na wadze wynosi przeciętnie $^1/_{16}$ część ciężaru ciała noworodka; jest to ubytek stosunkowo bardzo wielki, jeżeli zwrócimy uwagę na doświadczenia, jakie na zwierzętach robił Chaussate[5]); doświadczenia te wykazały, że po utracie $^1/_{5}$ części ciężaru ciała następuje śmierć z zagłodzenia. Tylko w niewielkiej liczbie przypadków utrata ciężaru u noworodków jest nieznaczną i bardzo szybko zostaje wyrównaną; tak np. Wolff[6]) stwierdził przybytek na ciężarze tylko w 9% wszystkich

[1]) Lépine. Handbuch der Kinderkrankheiten von Gerhardt 1882 I Bd. II Abt. str. 35.

[1]) Fehling. Archiv. f. Gynäk. Bd. VI. Heft 3.

[2]) Prouff. Bulletin et mémoires de la société de chirurgie. 1879. Tome V.

[3]) Szendeffy. Über die Gewichtsverhältnisse der gesunden Neugeborenen. Ungar. Archiv. f. Medic. Wiesbaden. Bd. II 1893.

[4]) Haake. Handbuch der Kinderkrankheiten v. Gerhardt 1882. Bd. I. Abh. II. str. 43.

[5]) Chaussate. Handbuch der Kinderkrankheiten v. Gerhardt 1882 Bd. I. Abh. II. str. 45.

[6]) Wolff Über die Gewichtsverhältnisse der Neugeborenen. In. Diss. München 1883.

przez siebie obserwowanych noworodków już w trzecim dniu po urodzeniu.

Spostrzeżenia Schaeffera[1]) wykazały, że tylko $14\frac{1}{2}\%$ noworodków osiąga w 7 dniu wagę, równą ciężarowi pierwotnemu, lub nieco wyższą; w $44\frac{1}{2}\%$ przypadków zaś ciężar ciała jeszcze w 14-tym dniu jest mniejszy od ciężaru pierwotnego. Ubytek ciężaru noworodków i to dość znaczny w pierwszych chwilach życia jest zatem rzeczą niewątpliwie stwierdzoną

Doświadczenia Kehrera[2]), wykonane na zwierzętach ssących, wykazały, że i u nich występuje ubytek ciężaru w pierwszych kilku godzinach; jednak okres ten trwa bardzo krótko tak, że już po 24. godzinach można stwierdzić prawie zawsze przybytek na ciężarze. Dwie są główne przyczyny tej wielkiej różnicy w zachowaniu się ciężaru niemowląt w porównaniu z noworodkami zwierząt ssących, jak to Kehrer wyraźnie zaznaczył, a mianowicie bardzo znaczne nagromadzenie się siary w gruczołach mlecznych zwierząt ssących już podczas porodu, w porównaniu ze zdolnością wydzielniczą sutków kobiecych, a następnie odmienne warunki i zachowanie się młodego zwierzęcia w porównaniu z nowonarodzonem dzieckiem. Młode bowiem ssawce bardzo często już w pierwszej godzinie ssą pełną pierś matki, podczas gdy nowonarodzone dziecko w przeważnej liczbie przypadków jeszcze po 24 godzinach zaledwie parę kropel z trudem ze sutek matki wydobędzie. Dlatego radzi Kehrer zwracać więcej uwagi na żywienie kobiet ciężarnych i na pielęgnowanie sutków, w celu zwiększenia czynności wydzielniczej gruczołów mlecznych, aniżeli to dotychczas powszechnie się dzieje.

Ponieważ doświadczenie poucza, że coraz większy odsetek matek nie jest zdolny do karmienia swego dziecka, że zwłaszcza w większych miastach, z powodu nieodpowiednich warunków i sposobu życia kobiet, gruczoły mleczne osób ciężarnych w poważnej liczbie przypadków nie zostają dostatecznie pobudzone i przygotowane do pełnienia swej czynności, rada Kehrera nabiera praktycznego znaczenia. A zatem u osób ciężarnych, u których gruczoły mleczne nie są dostatecznie rozwinięte i pobudzone, — dalej, u których po porodzie na podstawie doświadczenia nie można się spodziewać dostatecznej ilości pokarmu, należałoby moim zdaniem, przynajmniej w końcu ciąży stósować postępowanie, mające na celu pobudzenie czynności wydzielniczej gruczołów mlecznych. W tym celu należy stósować odpowiednią dyetę posilną dla wzmocnienia całego ustroju, starać się przygotować odpowiednio brodawki, i zrobić je chwytnemi, a przez drażnienie sutków, już to przez odpowiednio stósowane mięsienie gruczołów, już też przez drażnienie brodawek, pobudzić gruczoły do rozrostu i większej czynności. W kilka zaś godzin po porodzie, należy zaraz zacząć przystawiać noworodka do piersi matki i to często, co najmniej co dwie godziny, gdyż przez ssanie najlepiej zostają gruczoły pobudzone, a wydzielanie pokarmu u osób takich wcześniej się rozpocznie. W razie zaś gdy matka sama karmić nie może, należy wcześnie wyszukać odpowiednią mamkę, lub też przygotować pokarm sztuczny tak, aby rzeczywiste karmienie noworodka zaraz po urodzeniu rozpocząć się mogło.

[1]) Schaeffer. Arhiw. f. Gynak. Bd. LII.
[2]) Kehrer. Über die Ursachen der Gewichtsveränderungen Neugeborener.

W ostatnich czasach polecił Drews[1]) stósowanie somatozy u osób karmiących, w celu zwiększenia czynności wydzielniczej gruczołów mlecznych, następnie Liebe[2]) opisał jeden, a Lutand[3]). kilka przypadków, w których, po podawaniu somatozy nastąpiło obfitsze wydzielanie się pokarmu. W celu doświadczenia stósowałem również somatozę u kilku matek, u których wydzielanie pokarmu było bardzo skąpe i przekonałem się, że rzeczywiście już po dwóch dniach podawania tej pożywki w ilości 2—3 grm. trzy razy dziennie, ilość pokarmu znacznie się zwiększyła. Podawałem dalej somatozę kilku kobietom ciężarnym bezpośrednio na kilka dni przed porodem i przekonałem się, że już, z chwilą porodu, u osób tych gruczoły mleczne obficie wydzielały pokarm tak, że prawie bezpośrednio po porodzie noworodki przystawione do piersi, łatwo głód zaspakajały. Gdyby zatem zastósowanie odpowiedniej posilnej dyety i drażnienie sutków w końcu ciąży nie odniosło pożądanego skutku, należałoby w takich przypadkach podawać w ostatnich dniach ciąży niewielkie dawki somatozy i tym sposobem starać się uzyskać bezpośrednio po porodzie odpowiednią ilość pokarmu dla noworodka.

W niektórych zaś przypadkach można będzie, jak sądzę, zastósować z korzyścią postępowanie, mające na celu zwiększenie czynności gruczołów mlecznych przez zabiegi miejscowe, obok równoczesnego podawania somatozy. — Po kilku dniach, gdy sutki zaczną wydzielać więcej pokarmu, popełnia się błąd w innym kierunku, a mianowicie, dostają noworodki przeważnie za wiele naraz pokarmu i w nieregularnych odstępach czasu. Często stwierdzić można, że noworodki prawie ciągle przy piersi leżą i ssą bardzo długo, zasypiając w przerwach, a podczas tego, od czasu do czasu, zwracają pokarm. Takie ciągłe wypełnianie żołądka może sprowadzić upośledzenie jego sprawności mechanicznej z następową rozstrzenią, a dalej, skutkiem ciągłego przechodzenia pokarmu przez jamę ust, pokarm ten może zalegać w zaułkach i pomiędzy fałdami, ulegając łatwo kiśnieniu. Kiśnienie takie w jamie ustnej nie jest wcale dla noworodka obojętne, gdyż może sprowadzić poważne zaburzenia w chemizmie trawienia, a dalej wiemy, że sprzyja bardzo rozwojowi pleśniawek, choroby tak częstej w pierwszych tygodniach życia.

Z tych zatem powodów radzą po każdem ssaniu, dla usuwania resztek pokarmów z jamy ustnej noworodków, wymywać im usta płatkiem płótna, zamaczanym w 2% do 3% roztworze wodnym kwasu borowego. Jednak w ostatnich czasach zwrócono uwagę na niewłaściwość takiego szablonowego wymywania, a to z powodu, iż przy tej czynności bardzo łatwo ulega obrażeniu przybłonek jamy ustnej. Wymywanie takie u zdrowych, dobrze rozwiniętych noworodków, jest moim zdaniem rzeczą niepotrzebną, jeżeli tylko zwrócimy większą uwagę na karmienie. Jeżeli bowiem nie pozwolimy, aby noworodek zbyt długo ssał i wśród tego zasypiał, lecz po zaspokojeniu głodu, zaraz od piersi był odstawiany, to, po wyjęciu brodawki z jamy ustnej, wykona on zawsze jeszcze kilka silnych ruchów połykowych, przyczem resztkę pokarmu, wraz ze śliną, połknie, a wtedy, jak to na większej liczbie przypadków stwierdzić mogłem, nie ma mowy o zaleganiu pokarmu i wszelkie usuwanie resztek

[1]) Drews. Wiener med. Presse Nr. 33 — 1896.
[2]) Liebe. Kinderazt 1897 Heft. 86.
[3]) Lutand. Journal de Médecine de Paris 1897. Nr. 15.

pokarmu, jest stanowczo zbytecznem. Odnosi się to jednak tylko do noworodków dobrze rozwiniętych, donoszonych i zdrowych. U noworodków słabo rozwiniętych, niedonoszonych lub chorych, można często pomimo tego stwierdzić zaleganie pokarmu i w takich przypadkach wymywanie jamy ustnej odpowiednio wykonywane może być z korzyścią stósowane.

Z tych zatem powodów należy od początku przystawiać noworodki do piersi często, lecz w pewnych regularnych odstępach czasu, mniej więcej co dwie godziny w dzień, a co trzy w nocy i po zaspokojeniu pierwszego głodu zaraz je od piersi odstawiać. W razie potrzeby, a zwłaszcza niedonoszone lub słabo rozwinięte noworodki, należy co dwie godziny budzić i podawać pierś.

Nie należy zaś bezwarunkowo pozostawiać noworodka bez pokarmu przez czas dłuższy, np. kilka godzin z rzędu tak jak to się obecnie z reguły dzieje, a następnie pozwalać mu ssać bardzo długo i zasypiać w przerwach przy piersi.

Do takiego regularnego karmienia prędko się noworodek przyzwyczaja i zazwyczaj w przeciągu 10, a najwięcej 15 minut, kilkodniowy noworodek zaspokaja głód w zupełności, jeżeli sutki matki lub mamki mniej więcej wydzielają prawidłową ilość pokarmu. Niedonoszone lub słabo rozwinięte noworodki należy wśród karmienia, w razie potrzeby, drażnić i pobudzać do ssania i nie pozwalać bezczynnie leżeć przy piersi z brodawką w ustach. Obok tego należy oczywiście zwracać baczną uwagę na stan ogólny matki lub mamki, gdyż, jak to spostrzeżenia ogłoszone przez Budina[1]) wykazały, już nieznaczne zaburzenia w zdrowiu mamki wpływają niekorzystnie na oseska, wywołując przypadłości ze strony przewodu pokarmowego i stały ubytek ciężaru ciała.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Lecznicze działanie ichtyolu w nieżytowem zapaleniu błony śluzowej krtani.

Podał

Dr. Stanisław Cięglewicz w Jaśle.

Celem niniejszej rozprawy jest chęć zwrócenia uwagi Szan. Kolegów na działanie ichtyolu w ostrym nieżycie krtani. Po raz pierwszy zastósowałem ichtyol przed dwoma laty w przypadku nieżytowego zapalenia krtani, trwającego już przeszło 3 tygodnie. Cechowało go zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej więzadeł głosowych, chrypka, tudzież uporczywy, prawie kurczowy kaszel, szczególniej w nocy. Leczenie, zwykle polecanymi przeciw tej sprawie środkami, było zupełnie bezskuteczne; owszem choroba rzec można z dnia na dzień się pogarszała, w szczególności wdychiwanie roztworów cynkowych, garbnikowych, soli kuchennej, kolejno stósowane, dawały zupełnie ujemny wynik. Z konieczności więc szukałem innego leku, skuteczniejszego i zwróciłem się w końcu do ichtyolu. Na myśl o tym środku naprowadziła mię rozprawka lekarza pułkowego, Dra Herza z Pilzna, ogłoszona w *Wiener med. Wochenschrift* z r. 1893 Nr. 2, a zreferowana w *Terapeut. Monatshefte* z r. 1893 str. 236. Opisuje tam Dr. H., iż w pilzneńskim szpitalu wojskowym leczył wszystkie ciężkie przypadki zapalenia gardła (cechujące się mianowicie bolesnem obrzmieniem błony śluzowej gardła i migdałków z utrudnieniem połykania) płukaniem 2—3% ichtyolu. Dodatnie działanie tego lekowania miało być widoczne już po 24 godzinach, obrzmienie ustępowało, pacyenci zaczynali znowu przełykać, ból widocznie znikał. Dr. H. zaznacza, że tylko ciężkie przypadki dostawały się do szpitala, lżej bowiem chorych żołnierzy nie oddawano do szpitalnego leczenia. Pacyenci robili płókania dobrze, a do nieprzyjemnego smaku i zapachu ichtyolu przyzwyczajali się bardzo prędko, płókanie nie drażniło wcale błony śluzowej gardła. W obec tych danych, a zwłaszcza wobec znanej własności ichtyolu kojenia bólu miejscowego i działania zwężającego naczynia krwionośne, poleciłem wyżej wspomnianemu pacyentowi wdechiwanie rozpylonego 2% ichtyolu (zimnego). Do tego celu użyto rozpylacza Richardsohna, działającego w pewnej (około 10 ctm.) odległości przed otwartemi ustami przy dobrze wystawionym języku a głowie lekko pochylonej (ażeby nadmiar gromadzącego się w ustach rozpylonego roztworu mógł ztamtąd zaraz ściekać). Wdechiwanie polecono robić raz lub 2 razy dziennie (stósownie do stanu chorobowego). Akt wdechania polecono robić spokojnie, nie bardzo głęboko, gdyż zbyt głębokie wdechy łatwo mogłyby spowodować nudności, a nawet wymioty. Każdorazowy akt wdychiwania trwał 3—5 minut, poczem pacyent miał unikać głośniejszej rozmowy przez $^1/_2$—1 godziny. Wynik tego leczenia przeszedł wszelkie oczekiwania, gdyż sprawa od pierwszej chwili stanowczo się zwróciła na dobre tory. Męczący kaszel ustał prawie odrazu, a dodaję tutaj z naciskiem, że do mającego się wdychiwać roztworu ichtyolu nie dodano żadnego narkotyku. Równocześnie i chrypka poczęła się zmniejszać, a pacyent z każdym dniem czuł się widocznie lepiej, w krótkim też stosunkowo czasie odzyskał zupełne zdrowie.

Zachęcony tem powodzeniem, stósowałem odtąd ichtyol bardzo często w odpowiednich przypadkach, a zawsze z najlepszym skutkiem tak, że o jego błogiem w tych razach działaniu wyrobiłem sobie już stanowcze zdanie. Działanie to jest nietylko gojące, lecz rzeczywiście i kojące: pacyentowi kaszlącemu w nocy z powodu sprawy nieżytowej w krtani, poleciłem, oprócz zwykłego wdychiwania zrobić 2 razy dziennie kilka wdechów z rozpylonego ichtyolu wtenczas, gdy go ciężki uparty kaszel obudzi w nocy; — wpływ był doraźny, gdyż kaszel ustał i reszta nocy już była spokojną.

Swoją drogą pacyenci winni przez czas trwania choroby zachować zwykłą, w tym razie zalecaną, higienę: nie palić, unikać zaziębienia, mówić jak najmniej, przedewszystkiem zaś wystrzegać się rozmowy w nocy na wolnem powietrzu.

Spostrzeżenia moje co do leczenia ichtyolem nieżytowego zapalenia krtani odnoszą się nie tylko do dorosłych; stosowałem je kilka razy i u dzieci w wrzekomym dławcu z dodatnim skutkiem, nawet już po 1—2 razowem wziewaniu, a dwa razy w dłużej trwającej chrypce nieżytowej. Wreszcie dodaję, że wszyscy pacyenci, nie wyjmując dzieci, znosili te wdychiwania bardzo dobrze; do zapachu i smaku przyzwyczajali się nader łatwo i szybko. Dla dokładności dodaję, że niezauważyłem żadnych złych skutków ubocz-

[1]) Budin. L'obstetrique 1896 Nr. 4.

nych przy wdychiwaniu tego środka ze strony przewodu oddechowego; ponieważ zaś ichtyol podaje się już od dawna wewnętrznie, zatem wzmiankę o przewodzie pokarmowym uważam za zupełnie zbyteczną. —

Zaprzyjaźniony ze mną prymaryusz szpitala tutejszego, Dr. Macudziński, którego uwagę zwróciłem na dzielne działanie ichtyolu w nieżytowem zapaleniu krtani, rozporządza także pokaźną kazuistyką dodatnich wyników w tym kierunku. —

Sądzę, że spostrzeżenia powyższe zasługują na szerszą uwagę kolegów-praktyków. Dotychczas o ile mi z dostępnej literatury wiadomo, nikt ichtyolu w tym celu nie używał, ani nie polecał; a przecież może to być rzecz w danym razie pożyteczna. — Nie chcę tutaj twierdzić, że w każdym przypadku upartego nieżytu krtani musi ichtyol pomódz na zawołanie, bo i tak pewny lek jak chinina nie zawsze skutkuje w zimnicy; tyle jednakże zapewnić mogę, że w przypadkach przezemnie spostrzeganych ichtyol ani razu nie zawiódł. Ten dobry wynik skłania mnie do ogłoszenia niniejszej rozprawki, celem zachęcenia Szan. kolegów do przedsięwzięcia doświadczeń z ichtyolem w stósownych przypadkach.

IV. Oceny i sprawozdania.

Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie u. Pharyngo-Rhinologie. Wydane przez Doc. Dra Hauga w Monachium. Gustav Fischer. Jena. II Tom.

(Dokończenie).

Zeszyt 6. Dr. R. Dreyfuss (Strassburg): *Ueber die Verwertung der Pharyngo-Laryngoskopie in der Diagnostik der Erkrankungen des Centralnervensystems.*

Neuropatologia gardła i krtani stanowi dotychczas pole, leżące ugorem. W celu opracowania tego przedmiotu, postanowił Dr. Dreyfuss wyzyskać badania gardła i krtani. Przedstawia on dokładnie obrazy wziernikowe tych narządów, jak się odźwierciadlają w różnych zaburzeniach czucia i ruchomości tak błony śluz., jak i mięśni tych części, podaje zboczenia czynnościowe, ztąd wynikające i zmiany chorobowe i organiczne w nerwach i ośrodkach, na których te obrazy i zboczenia polegają. —

Porażenia m. pierścienio-tarczykowego spostrzegano zawsze tylko jako obwodowe; jednak możliwość ośrodkowego pochodzenia tego porażenia, nie jest zdaniem autora wykluczoną.

Z tej okoliczności, że możemy świadomie i dowolnie skurczyć ten mięsień, wysnuwa autor wniosek, którego dotychczas żaden z badaczów nie podziela, mianowicie, że rozwieracze głośni zostają unerwione nie wyłącznie z rdzenia przedłużonego, lecz również i z kory mózgowej. Tor nerwowy, przebiegający od kory mózgowej do jądra n. błędnego, dodatkowego (Vagus-Accessorius) pośredniczy w dowolnym skurczu tego mięśnia.

Dwoma przytoczonymi przypadkami, przedstawiającymi obrazy porażenia mm. przywodzących krtani, przy nietkniętych mm. odwodzących w przypadku porażenia opuszkowego, ilustruje autor pozorny wyjątek z prawidła Rosenbach-Semona, według którego, w chorobach pnia lub jąder n. n. błędno-dodatkowych zostają pierwej porażone i zanikłe mm. odwodzące, a dopiero później reszta mm. krtaniowych.

Rozprawa ta pisana z gruntowną znajomością rzeczy, jasno i przekonywająco, przyczyni się bezwątpienia do sprostowania i uzupełnienia naszych wiadomości o unerwieniu krtani i gardła i o zależności pewnych ich cierpień i niepra-widłowego mechanizmu ich czynności od zmian ośrodkowych; wiadomości, które do tej pory, mimo mnóstwa badań i doświadczeń anatomicznych, fizyologicznych i patologicznych, przedstawiają jeszcze dość luk i nierozwiązanych zagadnień.

Zeszyt 7. Prof. Hessler (Halle): *Der Einfluss des Klima u. der Witterung auf die Entstehung, Verbreitung und Heilung von Ohr-Nasen und Rachenkrankheiten.*

Na podstawie statystyki badań i spostrzeżeń praktycznych, z rozległem uwzględnieniem literatury, roztrząsa H. wpływy klimatu i powietrza na człowieka zdrowego i chorego. Na wstępie określa on pojęcie klimatu i powietrza, szczegółowo omawia składające je czynniki, jak atmosferyczne ciśnienie, ciepłotę, stan wilgotności powietrza, stopień zachmurzenia, spadki atmosferyczne, kierunek wiatrów itp., według używanych w meteorologii oznaczeń. Następnie objaśnia ich wpływ na śmiertelność i chorobliwość wogóle i na powstawanie chorób gardła, nosa i ucha w szczególności; dochodzi on do wniosku, że zaziębienie jest bezwątpienia przyczyną choroby, o ile ułatwia wtargnięcie drobnoustrojów z powietrza, i różnych ujść ustroju, prawie zawsze tu obecnych i sprzyja rozwojowi chorobotwórczej działalności bakteryj przez obniżenie odporności nawiedzonego ustroju. W 2-giej części pracy wykłada autor o zapobiegawczem działaniu powietrza, mianowicie czystego i świeżego, oraz wczesnego leczenia chorób nosa i gardła na cierpienia uszne, a w 3-cim rozdziale wskazuje na lecznicze działanie klimatu morskiego, górskiego, leśnego, kąpieli morskich, jakoteż tak zw. klimatu sztucznego (w pomieszkaniu, w łóżku etc.) na wspomniane choroby. W dodatku omawia H. jeszcze wpływy różnych jakości gruntu, szczególnie powietrza i wody w nim zawartej na powstawanie i szerzenie się chorób zakaźnych.

Praca ta jest doniosłej wartości naukowej, a jeżeli w niej ściśle ramy tematu nieraz zostały przekroczone, to chyba to może tylko przyczynić się do podniesienia jej praktycznego i pouczającego znaczenia. *Spira.*

V. Wyciągi.

Casper: **O niektórych własnościach i wskazaniach urotropiny.** (*Dtsch. med. Woch. Ther. Beil.*, 1897, Nr. 10). Według doświadczeń autora urotropina wcale nie zwiększa zdolności moczu do rozpuszczania kw. moczowego, co zgadza się także ze spostrzeżeniami klinicznemi, gdyż podawanie tego środka przy złogach kw. moczowego zupełnie jest bezskutecznem. Przy tej sposobności poleca autor gorąco przeciw morzysku nerkowemu glicerynę w ilości 50,0—150,0.

Zadziwiający skutek po urotropinie (1,0—2,0 dziennie) zauważył autor przy fosfaturyi. Rozumieć należy przez to strącanie się w moczu soli fosforowych niezależne od przyjmowania odpowiednich pokarmów, ani od zapalenia pęcherza i kiśnienia amoniakalnego.

Także przy zapaleniach pęcherza i miedniczek nerkowych (dawka do 4,0 na dzień) wpływ był nadzwyczaj korzystny, mianowicie co do zmniejszenia ropienia. W niektórych wypadkach usunęła nawet urotropina kiśnienie amoniakalne.

Mianowicie w tych razach, gdzie na tle zapalenia pęcherza, szczególnie u starszych ludzi przychodzi do ogólnego zatrucia (ogólne osłabienie, brak łaknienia, pragnienie, gorączka), urotropina jest środkiem nieocenionym.

Wskazaniem do jej podawania byłyby wreszcie operacye na narządzie moczowym, przy których chodzi o utrzymanie moczu w stanie bezgnilnym. *Lewkowicz.*

Dr. O. Wolff: **Przyczynki do wypiłowywania stawów gruźliczych.** (*Deut. Ztschrft f. Chir.* XLV). Pobieżnie tylko napomknąwszy o leczeniu nieoperacyjnem gruźlicy stawów, przystępuje autor wprost do opisu metod, używanych przez Bardenheuera przy postępowaniu operacyjnem, przy—

czem wspomina o wielu nowych szczegółach, tyczących się czy to samej operacyi, czy też leczenia następowego, szczegółach często dobrych, zasługujących na to, by znalazły naśladowców.

Wychodząc z zasady (zresztą nie nowej, bo zawsze uznawanej i przestrzeganej w klinice Prof. Rydygiera), że gruźlica w stawie, to nowotwór zjadliwy, operuje, bacząc w pierwszej linii na to, aby wydalić z ustroju wszystko, co choćby w dalekiem polu o gruźlicę podejrzywać można, a dopiero w drugiej linii troszczy się o późniejszą funkcyę. Że zasada dobra, najlepiej poucza obfita w dobre wyniki kazuistyka własna. Nawet daleko posunięte zmiany gruźlicze w narządach wewnętrznych nie stanowią przeciwwskazania dla tego rodzaju postępowania. Nie pojedyńcze to spostrzeżenie pouczyło, że po usunięciu ogniska „gruźlicy chirurgicznej“, zmiany w płucach, a co ważniejsza, stan ogólny chorych, znacznej ulegał zmianie na korzyść. By nie popaść w sprzeczność z pierwszą częścią zasady, używa cięć przeważnie poprzecznych, i to tak na kończynach górnych, jak i dolnych. Bo tylko z takich cięć można dokładnie powierzchnie stawowe wywichnąć na zewnątrz i operować z całą świadomością zadania. Staranie się o to, aby rana pooperacyjna zgoiła się przez rychłozrost, nie mało też przyczynia się do osiągnięcia wyników dobrych. Aby temu wskazaniu zadość uczynić, potrzeba operować w polu jałowem, i. po wycięciu stawu, jam nie pozostawiać. Zdarza się często, że przez otwarte przetoki wtargną do stawu łańcuszkowce, gronkowce etc. W takich przypadkach nie pomogą i konwiami lane środki przeciwgnilne; nie potrafią one w stopniu pożądanym, t. j. bezwzględnie, wyjałowić powstałej jamy. Jedno tylko pozostaje wyjście w podobnych razach wypiłowanie stawu, postępując ciągle zewnątrz torebki. Używał Bardenheuer sposobu tego, już dawniej podanego, i z dobrym wynikiem, jak mówią liczby w rozprawie przytoczone. Przy tem wszystkiem pamięta jednak i o późniejszej funkcyi danego stawu. By ta była najlepszą stara się B. o to, aby odpiłowane kości jak najszerszemi powierzchniami się stykały, i aby w początku leczenia po sobie się nie przesuwały. Czasem po odpiłowaniu kości prostopadle do jej długiej osi, zbyt małe otrzymujemy powierzchnie. B. zwiększa je sztucznie, wycinając klinowato, czy to w znaczeniu dodatniem, czy ujemnem. Nadane zaś położenie ustala zazwyczaj gwoździami i opatrunkiem gipsowym. Po tych ogólnych uwagach przystępujemy do opisu metod, używanych na poszczególnych stawach.

I Staw barkowy. Staw ten wypiłowuje B. z cięcia poprzecznego, poprowadzonego od wyrostka kruczego (p. c. coracoideus) prostopadle w górę, przez wyniosłość ramienia, do tylnego brzegu szczytu łopatki (acromion), a stąd przez grzebień łopatki jeszcze 1—2 ctmtr. na dół. Przepiłowuje poprzecznie szczyt łopatki (acromion) i resekuje go, przez co usuwa jednę z przyczyn, które upośledzają późniejsze unoszenie ramienia. Teraz, zależnie od warunków, wypiłowuje staw, albo zewnątrz, albo śródtorebkowo. Po odpiłowaniu powierzchni stawowych, odprowadza ramię aż do linii prostopadłej do długiej osi ciała, położenie to ustala dwoma gwoździami i ranę zaszywa i zakłada opatrunek gipsowy. Po 6—8 tygodniach osiąga zupełne wyleczenie z dobrą ruchomością, która jest lepszą wówczas, gdy się uda sprowadzić silny włóknisty zrost między łopatką, a kością ramieniową, gorszą zaś, gdy nastąpi zrost kostny. W przypadkach, w których trzeba było odpiłować znaczną część kości ramieniowej, sztukował ją B. listewką, utworzoną z grzebienia łopatki.

II Staw łokciowy: Do całkowitej resekcyi, a taką zazwyczaj wykonuje, używa B. cięcia poprzecznego grzbietowego, przebiegającego ponad stawem. Po odpiłowaniu powierzchni stawowych, wycina z dolnego końca kości ramieniowej klin, w który wkłada odpowiednio przyciętą kość łokciową. Przedramię zgina pod kątem prostym i przez zaklinowane w siebie: kość ramieniowa i łokciową przebija gwóźdź, lub przeprowadza drut srebrny. Kość zaś promieniową u góry odpiłowuje na dłuższej przestrzeni niż łokciową, i powierzchnię odpiłowaną przykrywa płatkiem z mięśnia. Tem postępowaniem zapobiega z jednej strony zrostom kości promieniowej i łokciowej, przez co ucierpiałyby później ruchy pro- i supinacyjne, z drugiej zaś strony nie mogą się wytworzyć zrosty kości ramieniowej z promieniową, któreby utrudniały zginanie i wyprostowywanie ramienia.

III Staw nadgarstkowy: W przypadkach, w których istnieje wskazanie do wypiłowania tego stawu, postępuje B. ściśle wedle zasad ogólnych, w niczem nie czyniąc wyjątku. Posługuje się cięciem grzbietowem poprzecznem lub podłużnem, zależnie od tego, czy znajdują się przetoki, czy też nie. Po wyjęciu zajętych kości nadgarstka (tylko kość wielokątna` wielka (os multangulum maius) cieszy się pewną protekcyą B., gdyż stara się ją, w miarę możności, zachować ze względu na późniejszą czynność kciuka), wycina z kości przedramienia klin ujemny. Szczyt przypada w szczelinę śródkostną. Z kości zaś śródręcza II, III i IV wypiłowuje klin dodatni, który wsuwa w poprzedni. Z kolei następuje wbijanie gwoździ i jeden przymocowuje kość śródręcza II lub III, do kości promieniowej, drugi łączy kości śródręcza IV wzgl. V z kością łokciową. Dla kciuka gwóźdź osobny. Odświeża powierzchnię zewnętrzną kości promieniowej i do niej przybija również okrwawioną kość wielokątną mniejszą (os multangulum maius), lub gdy jej niema, okrwawioną podstawę śródręcza palca wielkiego (pollicis). Rękę ustala w lekkiem zgięciu ku grzbietowi.

IV Krócej rozprawia się autor ze stawami kończyn dolnych. Z przyczyn, jakie już wyłuszczył Rydygier w odczycie: „O gruźlicy stawów“, używa B. wyłącznie cięć poprzecznych. Z cięcia poprzecznego (dawno już przez Rydygiera zalecanego) wypiłowuje staw biodrowy, nie oszczędzając wcale panewki. Przecięte części miękkie zeszywa kilkurzędowym szwem. A że i staw skokowy najlepiej przejrzeć po poprzecznem otwarciu, to rzecz powszechnie i dobrze znana. Nie znachodzimy wzmianki w rozprawie, jaką metodą posługuje się B. przy resekcyi stawu kolanowego.

Herman.

Escherich: **O swoistych drobnoustrojach, wywołujących biegunkę u osesków (Streptococcen enteritis).** (*Wien. klin. Wchft.*, Nr. 42, 1897). W podziale chorób przewodu pokarmowego u dzieci napotyka się dotąd na znaczne trudności. Mimo licznych poszukiwań, nie mamy dotąd dostatecznych podstaw ani w wyniku badań bakteryologicznych kału, ani zmian anatomicznych pośmiertnych ściany jelita, do odróżnienia postaci, które klinicznie znacznie się od siebie różnią. I tak n. p. wiadomo jest klinicystom, że obok znacznej liczby przypadków zwykłych, polegających na niestrawności, znachodzą się także przypadki niewątpliwie na tle zakaźnem występujące, a mimo to dotychczas nie był znanym swoisty drobnoustrój. Odpowiednim sposobem barwienia udało się E. wyhodować pewną odmianę paciorkowca, który z największem prawdopodobieństwem jest przyczyną tych postaci chorób przewodu pokarmowego, które kończą się zakażeniem ogólnem. Postać ta rozpoczyna się gorączką, odznacza się stolcami krwaworopiastymi, przyczem brzuch jest zapadły. W 4 podobnych przypadkach stwierdzono za życia wyżej wspomniany paciorkowiec we krwi i w moczu, po śmierci zaś we wszystkich narządach, obficie także w gruczołach i naczyniach chłonnych.

Paciorkowiec opisany przez E. (Streptococcus enteritidis) tworzy łańcuszki, poszczególne członki bywają przypłaszczone, nie barwi się według metody Grama, w hodowli podobny jest do pneumokoka Frankel Weichselbauma. Badaniami na zwierzętach wykazano, że jest on chorobotwórczy tak przez podskórne zastrzyknięcie jak też podawany wewnętrznie. *Doc. Raczyński.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne d. 1 Grudnia 1897.

Przewodniczący: kol. Surzycki. — Obecnych 35; Prezes wita jako gości Prof. Trochanowskiego i p. Krynickiego właściciela Żegiestowa.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Bossowski przedstawia: a) chłopca z oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika, liczącego lat 7, który w sierpniu b. r., skutkiem przejechania, doznał złamania miednicy w okolicy łuku łonowego i przywieziony został 3-go dnia po obrażeniu do szpitala z zatrzymaniem moczu i objawami septycznymi. Skoro próby wprowadzenia cewnika do pęcherza nie powiodły się również i w narkozie, wykonał kol. Bossowski cięcie na międzykroczu i napotkał tu jamę wypełnioną cieczą krwawą, moczem cuchnącą i strzępami zmiażdżonych tkanek, w jamie tej jednak niemożliwem było odszukanie tylnego odcinka cewki. Natenczas prelegent cięciem nadłonowem odsłonił ścianę pęcherza i stwierdził, że okolica przedpęcherzowa i obie przypęcherzowe aż ponad pachwiną zalane były cieczą brudno-krwawą, o wybitnej woni moczu rozkładającego się; ściana pęcherza jednak była nienaruszoną.

Po otwarciu pęcherza przez ujście pęcherzowe cewki, wyprowadzono cewnik na zewnątrz do rany międzykroczowej i teraz dopiero można było ocenić, jakiemu spustoszeniu uległa cewka moczowa. Cała część błoniasta, krokowa uległy zupełnemu zmiażdżeniu tak, że cewka zerwana była tuż przy szyjce pęcherzowej. Odłamki kostne złamanego łuku łonowego pozbawione okostnej sterczały wśród tkanek obumierających krocza i nurzały się w gnijącym moczu krwawym.

Po zabezpieczeniu swobodnego odpływu moczu, objawy septyczne rychło ustąpiły, jednak sprawa gojenia trwała długo, zanim strzępy nekrotyczne wydaliły się doszczętnie i ustało ropienie z nacieklych moczem zaułków. Obecnie stwierdzić można, że złamane kości miednicy połączone są grubą, silną kostniną, która wypełnia prawie całe światło łuku łonowego, a na międzykroczu utrzymuje się przetoka, przez którą jednak coraz trudniej odpływa mocz, gdyż, w miarę zaciągania się blizny, przewód sztucznie zrobiony staje się coraz węższy tak, że chwilowo przychodzi do całkowitego zatrzymania się moczu.

Gdy wobec zupełnego zmiażdżenia cewki na rozległej przestrzeni nie ma nadziei utorowania należytego odpływu moczu drogą naturalną, bez dalszych zabiegów operacyjnych, zamierza kol. Bossowski przystąpić do wycięcia blizny, częściowego zdłutowania kostniny zwężającej łuk łonowy i połączenia odcinka przedniego cewki moczowej z szyjką pęcherza, a w razie, gdyby zabieg ten był udaremniony, do założenia trwałej przetoki pęcherzowej w okolicy nadłonowej. (Streszczenie własne).

W dyskusyi kol. Borzęcki zaznacza, że wobec zupełnego zniszczenia części błoniastej i krokowej pozostanie jako stałe kalectwo *incontinentia urinae*.

Kol. Bossowski w odpowiedzi dodaje, że na pierwszem miejscu idzie o to, by choremu zapewnić możność oddawania moczu.

b) U drugiego z przedstawionych chorych, dotkniętego od dzieciństwa ciężką postacią krzywicy, zaczem świadczą zmiany w kształcie głowy, klatki piersiowej i kończyn górnych, skrzywienie kręgosłupa krzywicze z garbem żebrowym, powstały tak znaczne zniekształcenia kości kończyn dolnych, że chłopiec liczący obecnie lat 10, dotąd wcale nie chodził. (Obraz opisanych skrzywień kośćca dokładnie przedstawia okazana fotografia).

Aby wyprostować kątowate skrzywienia kości wykonał kolega Bossowski na kończynach dolnych sześć osteotomij, częścią linijnych, przeważnie klinowych i w ten sposób umożliwił choremu chodzenie, którego zwolna się uczy przy pomocy stołka.

Kończyny zaopatrzone są opatrunkiem ustalającym, łatwo dającym się zdejmować, gdyż sprawa krzywicy u chłopca jeszcze nie wygasła zupełnie i mimo leżenia w łóżku objawiała się dążność do wyginania się kości udowych w miejscach nowych.

3) Prof. Trochanowski przedstawił wynik swoich badań, dotyczących rozbioru wody żegiestowskiej pod względem chemicznym i wydajności, dokonanych przez niego w lipcu b. r., a powtórzonych w kilka miesięcy później. Oba rozbiory wykazały skład prawie ten sam. Wynika z nich, że woda żegiestowska pod względem ilości żelaza stoi prawie najwyżej ze szczaw żelezistych, a co do ilości bezwodnika węglowego, wyżej od wszystkich wód alkalicznych.

Kol. Ludomił Korczyński z uznaniem podnosi pracę prelegenta, dotyczącą rozbioru wody żegiestowskiej, który, zwłaszcza w szczawach zimnych, powinien być co pewien czas powtarzany. Rozbiór ten dowodzi, że różnice między rozbiorem, dokonanym przed laty 30 przez ś. p. Aleksandrowicza a obecnym są nieznaczne; przemawia to za stałością składników wody żegiestowskiej. Na zapytanie, czy dokonany był rozbiór borowiny, objaśnia prelegent, że takowy był zrobiony i wykazał skład zbliżony do borowiny krynickiej.

4) Kol. Prezes zawiadamia, że komisya przemysłowa nadesłała pismo z uznaniem dla pracy Prof. Trochanowskiego i gorliwości o zdrojowisko obecnego właściciela Żegiestowa p. Krynickiego. Obecni oklaskami nagrodzili odczyt Prof. Trochanowskiego i podziękowali p. Krynickiemu.

5) Przyjęto jednogłośnie wnioski komisyi przemysłowej polecające: benzynę z rafineryi nafty p. Adama Skrzyńskiego, na podstawie oceny prof. Łazarskiego; dalej litografowane w zakładzie p. Salby szemata ciała ludzkiego dla graficznego oznaczenia granic narządów, zmian w czuciu i t. d.

6) Odczyt kol. Kryńskiego z powodu, iż chorego przedstawić nie mógł, spadł z porządku dziennego.

Sekretarz: *Dr. Eugeniusz Borzęcki.*

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. Lek. krak.

Posiedzenie naukowe d 19 Listopada 1897 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 5. Jako goście: Prof. Trochanowski i właściciel Żegiestowa P. Krynicki.

1. Uchwalono polecić Towarzystwu lek. krak., do użytku lekarzy, szematy do nakreślania położenia narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej, używane w klinice lekarskiej krakowskiej, a sporządzone w zakładzie litograficznym M. Salba w Krakowie. Szematy te są znacznie tańsze od zagranicznych, albowiem 1000 egzemplarzy kosztuje tylko 18 złr. w. a., a mają jeszcze tę zaletę, że zaopatrzone są napisami polskimi. (Wniosek ten Tow. lek. krak. zamieniło w uchwałę na pos. w dniu 1 grudnia 1897).

2. Skontrolowanie sposobu wyrabiania przez fabrykę M. L. Dobrowolskiego w Podgórzu przyborów opatrunkowych poruczono Prof. Drowi Obalińskiemu wspólnie z Przewodniczącym komisyi.

3. Uproszono Prof. Dra Łazarskiego o ocenienie benzyny wyrabianej w destylarni Adama hr. Skrzyńskiego w Libuszy.

4. W załatwieniu uchwały Towarzystwa lek. krak. z dnia 27 października 1897, polecającej komisyi przem. lek. obmyślenie środków do skutecznego przeciwdziałania szerzeniu się gruźlicy za pośrednictwem mleka, wybrano podkomisyę, której sprawę tę do referatu oddano. W skład podkomisyi tej weszli: Prof. Adametz, Dr. Bielański, Prof. Bujwid, weterynarz P. Pappée i Prezes Towarzystwa Dr. Surzycki.

5. Uchwalono przypomnieć zarządowi mleczarni w Śledziejowicach częstsze nadsełanie świadectw lekarskich i weterynarskich.

6. Przyjęto do wiadomości pismo Dyrekcyi zakładu zdrojowo-kąpielowego w Iwoniczu, w którem Dr. Rościszewski donosi, że będzie się starał zastosować do wskazówek, jakie mu udzieli komisya co do ulepszeń w urządzeniu zakładu.

7. Prof. Dr. Jaworski złożył sprawozdanie, wypracowane wspólnie z Prof. Dr. Olszewskim, o nowym rozbiorze wody i borowiny Żegiestowskiej, a Prof. Trochanowski przedstawił szczegółowe wyniki tego przez siebie dokonanego rozbioru.

Według tego nowego rozbioru woda Żegiestowska zawiera z głównych składników w 1000 gramach: dwuwęglanu żelazowego 0·0511, wapniowego 1·7113, magnowego 0·8494, litowego 0·0266, sodowego 0·0317, chlorku potasowego 0·0025, bezwodnika węglowego — istotnie wolnego 2·965; razem wszystkich składników stałych i lotnych 5·7232 grm. Z porównania wyników obecnego rozbioru z rozbiorem dokonanym przez A. Aleksandrowicza w r. 1866, zdaniem referentów wynika, że woda Żegiestowska po 30 latach nie uległa żadnym zmianom w składzie swym chemicznym, gdyż różnice w miligramach, a nawet mniejsze, leżą w granicach błędów analitycznych, a w części policzyć je

należy na karb ulepszonych metod badania. Podnieść przeto należy, że woda Żegiestowska i po dziś dzień należy do szczaw żelazistych najbogatszych w żelazo i kwas węglowy wolny. Ilością istotnie wolnego bezwodnika węglowego przewyższa ona wszystkie wody krajowe, a ilością dwuwęglanu żelazawego dorównywa jej tylko zdrój Bronisławy w Wysowej.

Borowina Żegiestowska, poraz pierwszy chemicznie rozbierana, zawiera po wysuszeniu przy 100° C. ciał organicznych wogóle 43·778%. (Z tego kwasu humusowego 11·839, żywicy 0·796, węgla i innych ciał 27·662%). Ilość części mineralnych po zwęgleniu wynosi 56·221% z czego wypada 15·571% na części rozpuszczalne w kwasie solnym, a 84·429% na części nierozpuszczalne. Wprawdzie świeża borowina nie zawiera w sobie kwasów lotnych, jak kwasu mrówkowego, lecz, jak się o tem Prof. Trochanowski przekonał, wytwarzają się one przez zwietrzenie borowiny i działanie na nią wody.

Zdaniem referentów, przy porównywaniu składu ilościowego borowiny Żegiestowskiej ze składem borowiny Krynickiej (Tylickiej), według rozbioru A. Krzyżanowskiego z roku 1879, okazuje się, że obydwie co do swego składu chemicznego mniej więcej się zgadzają. Stąd wnioskować wolno, że działanie lecznicze borowiny Żegiestowskiej będzie równem działaniu borowiny używanej w Krynicy.

Właścicielowi Żegiestowa wyraziła komisya uznanie za postaranie się o ponowny rozbiór wody zdrojowej i rozbiór chemiczny borowiny, zaś Prof. Trochanowskiemu za przedstawienie i stósowne wytłómaczenie szczegółów badania chemicznego, z którem to — zdaniem komisyi — szersze grono lekarzy zapoznać się winno.

Za sekretarza: *Dr. Kwiatkowski.*

VII. KORESPONDENCYE

Poznań.

(Projekt rządowy zaprowadzenia lekarskich sądów honorowych w Prusach. — Broszura Dr. Koehlera p. t. »Przyczynek do historyi trądu w W. Ks. Poznańskiem«. Wydział lekarski Tow. Przyj. Nauk. Poznańskiego).

Wobec coraz większego współubiegania się, wytwarzającego się pomiędzy lekarzami w Niemczech, i to często współubiegania się nieuczciwego, uwłaczającego godności stanu lekarskiego, zaczęły się w ostatnich latach coraz częściej odzywać żądania i życzenia ze strony lekarzy, ażeby rząd zaprowadził sądy honorowe dla lekarzy, na wzór istniejących już sądów honorowych dla adwokatów. W dwóch prowincyach życzenia te ziściły się, mianowicie w wolnem mieście Hamburgu, gdzie w r. 1895 utworzona została Izba lekarska z władzą dyscyplinarną nad wszystkimi lekarzami, i w królestwie Saskiem, gdzie w r. 1896 zaprowadzono osobne przepisy dla lekarzy, oraz sądy honorowe. W Prusach myśl zaprowadzenia sądów honorowych dla lekarzy poruszoną została już w r. 1889, na sejmiku stowarzyszeń lekarskich w Brunświku. Pomimo dość znacznej opozycyi, większa część stowarzyszeń oświadczyła się tam za zaprowadzeniem sądów honorowych w poszczególnych towarzystwach. Nie wszystkie jednakże towarzystwa lekarskie zastósowały się do tej uchwały i nikt nie mógł ich do tego zmusić, tem mniej można było zmusić jednostki do należenia do towarzystw i podlegania ich sądom honorowym. Wobec tego wystąpił rząd pruski w r. 1893 z projektem nadania izbom lekarskim większej władzy dyscyplinarnej, urządzając w nich sądy honorowe. Ponieważ jednakże według projektu rządu, lekarze urzędnicy i lekarze wojskowi z pod władzy ich mieli być wyłączeni, izby projekt odrzuciły. W roku przeszłym sprawa lekarskich sądów honorowych przyszła znowu na porządek dzienny, i rząd opracował ponownie projekt, który w streszczeniu przedstawia się, jak następuje:

Każda izba lekarska posiadać ma sąd honorowy składający się z przewodniczącego izby, jego zastępcy, dwóch członków zarządu i sędziego wybieranego przez zarząd. Rolę oskarżyciela odgrywać ma urzędnik rejencyjny, którego wyznacza naczelny prezes; śledztwo prowadzi sędzia, oskarżony może się bronić z pomocą rzecznika. Władzy dyscyplinarnej sądu honorowego podlegać mają wszyscy lekarze, z wyjątkiem lekarzy urzędników i lekarzy wojskowych. Jeżeli na tych ostatnich zajdzie zażalenie, wolno sądowi wytoczyć śledztwo, sprawę jednakże rozstrzyga tylko odnośna władza przełożona. Sądy honorowe mają prawo nakładać kary: upomnienia, nagany, kary pieniężne aż do 3000 marek i odebranie prawa wyborczego; sąd ma także łagodzić sprawy pomiędzy lekarzami, i lekarzy z publicznością. Przeciwko wyrokowi sądu honorowego wolno tak oskarżonemu jak i oskarżycielowi apelować do wyższej instancyi, t. zw. trybunału dla spraw honorowych. Trybunał ten z siedzibą w Berlinie, składać się ma z przewodniczącego deputacyi naukowej dla spraw lekarskich, albo innego prawnika z tego wydziału, z trzech członków tej deputacyi i trzech członków wydziału izb lekarskich, mianowanych wszystkich przez króla. —

Projekt ten rządowy został przekazany izbom lekarskim do bliższego rozpatrzenia i ewentualnego zatwierdzenia. Izby lekarskie jednakże nie mogły się zgodzić na wszystkie punkta projektu rządowego. Wydział izb lekarskich zestawiwszy wszystkie uchwały pojedyńczych izb, zaproponował rządowi następujące główne zmiany:

Władzy dyscyplinarnej sądów honorowych mają podlegać wszyscy lekarze, również i lekarze wojskowi i urzędnicy, jeżeli wytoczona przeciw nim sprawa dotyczy prywatnej praktyki; w innych razach w których przełożona władza rozstrzyga sprawę, winna ona donieść sądowi honorowemu o wyniku śledztwa i wymierzonej karze. Sąd honorowy składać się ma z przewodniczącego izby lekarskiej, z trzech członków tejże (czterech ich zastępców) i z sędziego. Prawo apelacyi do trybunału przysługuje tylko oskarżonemu. Do trybunału ma należeć, oprócz przewodniczącego deputacyi naukowej dla spraw lekarskich, albo innego prawnika z tego wydziału, sześciu lekarzy, z których dwóch mianuje król, a czterech wydział izb lekarskich.

W dwóch więc punktach zasadniczych wydział izb lekarskich nie godzi się z projektem rządu: 1) ażeby lekarze urzędnicy i lekarze wojskowi całkiem wyłączeni byli zpod władzy dyscyplinarnej sądu honorowego, nawet w sprawach dotyczących prywatnej praktyki, i 2) ażeby obsada tak sądu honorowego (urzędnik rejencyjny jako oskarżyciel; sędzia jako prowadzący śledztwo) jak i trybunału (na siedmiu członków czterech urzędników, a trzech lekarzy) nosiła charakter wybitnie rządowy. Słusznie powstały obawy w kołach lekarskich, że to jest zamach rządu na wolność stanu lekarskiego. Obawy te dotyczą w pierwszym rzędzie nas Polaków.

Zmian proponowanych przez Wydział izb lekarskich rząd nie uwzględnił i rozesłał niedawno temu do izb znowu projekt, który o tyle tylko uległ zmianom, że lekarze urzędnicy i lekarze wojskowi wykluczeni mają być od zasiadania w sądzie honorowym, pozostawiając inne punkta niezmienione. Izba lekarska poznańska nie zgodziła się na projekt ten rządu, dopóki paragrafy, krępujące wolność stanu, nie będą usunięte; inne izby również nie godzą się na niektóre punkta projektu; inne znów całkowicie go odsuwają, uważając takie sądy honorowe za niemożliwe. Projekt rządowy czy ze żądanemi zmianami, czy bez nich, ma być przedłożony Izbie pruskiej; co posłowie z nim zrobią przyszłość okaże.

Radca zdrowia, dr. Koehler, wydał niedawno broszurę p. t. „Przyczynek do historyi trądu w W. Ks. Poznańskiem“, i to równocześnie w języku polskim (odbitka z zeszytu III Rocznika Tow. Przyj. Nauk) i w niemieckim; praca niemiecka umieszczoną została w „Rozprawach konferencyi trądowej“, jaka odbyła się na początku Października r. b. w Berlinie, z współudziałem delegatów wszystkich rządów. Materyał do rozprawy owej czerpał dr. K. tak z różnych monografij o miastach wielkopolskich, jak przedewszystkiem ze starych kronik i dokumentów, dotychczas nie publikowanych.

Z broszury tej dowiadujemy się, że czas, w którym trąd do Wielkopolski się dostał jest koniec XIV, albo początek XV wieku. Straszna zaraźliwość choroby, która szybko rozpoznano, nakłoniła do zakładania osobnych szpitali dla trędowatych, t. zw. leprosoryj. Pierwsza wiadomość o szpitalu dla trędowatych w Poznaniu daje zapis, zachowany w aktach radzieckich, gdzie jest mowa o „siechhus“, co podług autora oznaczało zapewne schronisko dla trędowatych.

Z aktów magistratu poznańskiego stwierdził autor, że szpital dla trędowatych stał za wrocławską bramą na gruncie, należącym do kościoła św. Marcina. Dwa zapisy, znajdujące się również w aktach radzieckich z r. 1419, dają zupełną pewność istnienia w tym czasie szpitala dla trędowatych. W roku 1420 wystawia Andrzej biskup poznański przed bramą wrocławską kaplicę dla trędowatych, pod wezwaniem św. Krzyża. Szpital połączony z kaplicą cieszy się dowodami miłosierdzia ludzkiego, o czem świadczą trzy zapisy, zachowane z czasów tych w aktach. O dalszym losie szpitala szczupłe są wiadomości. Autor przypuszcza, że szpital ten istniał aż po za rok 1584, opierając przypuszczenie to na dokumencie z tego roku w którym stoi pomiędzy innemi „propter infectionem“, co zapewne odnosi się do trędowatych. Z dokumentów przejrzanych przez autora, wynika więc wszelka pewność, że trąd w Poznaniu panował w początkach XV wieku, że specyalny szpital dla trędowatych istniał już w r. 1419 i że choroba ta jeszcze po za rok 1432 w Poznaniu grasowała. Przypuszczalnie istniał szpital od roku 1404 aż po za rok 1584. Oprócz Poznania posiadał szpital dla trędowatych także Kościan w roku 1425, wyposażony między innymi legatem Władysława Jagiełły, o czem świadczy dokument, znajdujący się w zbiorze rękopisów autora. Z innych miast po za granicami Wielkopolski podaje autor Głogów wielki, gdzie według dokumentów trąd napewno już przed r. 1391 panował i trędowaci aż po za rok 1466 w szpitalu dla nich założonym przebywali, i Kraków gdzie już w roku 1322 miał istnieć szpital dla trędowatych.

Jakkolwiek zaraźliwość choroby wcześnie rozpoznaną została, za czem przemawia zakładanie osobnych szpitali dla trędowatych, to jednakowoż odosobnianie chorych nie było dostatecznie przeprowadzonem. W Poznaniu naprzykład było wolno chodzić także i zdrowym do kaplicy dla trędowatych, a w Kościanie umieszczano w szpitalu dla trędowatych także innych chorych, chociaż w osobnym oddziale. Co się tyczy sposobu leczenia, to autor znalazł tylko wzmiankę, że w Głogowie stosowano kąpiele, jako środek leczniczy i zapobiegawczy przed zarazą.

Na ostatniem posiedzeniu wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk. (5-go list.) mówił Dr. Drobnik o leczeniu gruczolaków złośliwych (lymphoma malignum) wśródmiąższowem wstrzykiwaniem arszeniku. Leczenie złośliwych gruczolaków arszenikiem, jest bardzo dawno w użyciu. Wstrzykiwania wśródmiąższowe czystym *liquor kalii arsenicosi* robił już Billroth, Winiwarter i Czerny z pewnem powodzeniem. Kol. D. zdał sprawę o leczonym przez niego przypadku u 23 letniej dziewczyny ze znacznymi gruczolakami na szyi i po tej samej stronie pod pachą. Do wstrzykiwań użył następującego rozczynu: *liquor kalii arsenicosi 1,25 spirit. rectif. aqu. dest. aa 5,0 acidi carb liquef. gtt III.* S. wstrzykując raz na tydzień naraz całą strzykawkę Pravaza po trochu w kilku miejscach. Wynik wstrzykiwań tych był znakomity; po kilku tygodniach gruczolak, leżący ponad obojczykiem wielkości włoskiego orzecha zmniejszył się do rozmiarów ziarna soczewicy; także równe zmniejszenie nastąpiło i w innych gruczolakach. Ogólny stan chorej przez czas kuracyi był bardzo dobry. Kol. D. zaleca usilnie dalsze próby wstrzykiwań wyżej podanym przez niego rozczynem arszeniku. —

Dr. Koehler demonstrował kamień wielkości orzecha laskowego, wyjęty z przewodu Warthoniusza; kamienie te tworzą się w przewodzie ślinianki nader rzadko, zwłaszcza tych rozmiarów. — Dr. St. Szuman, omawiał przypadek, w którym pacyent, chory na histero epilepsyę, a zarazem alkoholik, zażył od razu 33 grm. bromu (kalium, natrium i ammonium bromatum) bez żadnych następstw. Fakt ten tłómaczy kol. St. Sz. tem, że brom był tu niejako równoważnikiem alkoholu, którego chory zwykle, celem uspokojenia się, używał.

W Grudniu. *Prus.*

VIII. Zjazd higienistów niemieckich odbyty w Karlsruhe od 14 do 17 listopada b. r.

Zestawił

Dr. J. Buszek,

fizyk m. Krakowa.

Stowarzyszenie higienistów niemieckich odbyło 22 zjazd doroczny w Karlsruhe. Wzięło w nim udział 390 członków, t. j. o 99 więcej, aniżeli roku zeszłego w Kilonii. Najliczniej stawili się naczelnicy zarządów wielkich miast, urzędnicy administracyjni i radcy miejscy, następnie lekarze i technicy. — Nie zabrakło pomiędzy nimi chemików, nauczycieli i duchownych.

Na porządku dziennym było 6 przedmiotów.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego podał nadinżynier Meyer do wiadomości, jaki jest stan obecny usuwania śmiecia. Hamburg w tej sprawie przoduje, postawiwszy zakład z 36 komórkami do palenia jego, kosztem 48,000 mk. W Anglii sposób palenia śmiecia tak postąpił nadzwyczajnie, że w r. 1893 było tam 580 urządzonych komórek, podczas gdy w wielu miastach nowe budują. Wszędzie stwierdzono wyniki pomyślne, podobnież w Hamburgu. Jeżeli śmiecie ma być wywożone, jako nawóz na pola, wtedy ze stanowiska sanitarnego i ekonomicznego nie można temu nic zarzucić. Jeżeli atoli to nie jest praktykowane, wtedy potrzeba koniecznie dążyć do tego, aby było spalone. Stuttgart zaprowadzi wkrótce sposób palenia i na ten cel ma już uchwaloną pierwszą ratę. Za nim pójdzie Akwisgran, a Frankfurt n. M. przez odczyty przygotowuje się do tego dzieła. W każdym razie sprawa spalania śmiecia ma doniosłe znaczenie pod względem higienicznym, gdyż ma na celu zapobiegać gromadzeniu się nieczystości w miastach.

Na porządek dzienny weszła następnie sprawa: Jak zwalczać nadużywanie napojów wyskokowych, przedstawiona przez sprawozdawcę Prof. Dra Tuczka z Marburga. Wykazał on, jako główne przyczyny pijaństwa, przyzwyczajanie się do niego, zły przykład, uwodzenie do niego, niehigieniczny sposób życia z powodu socyalnej nędzy i odziedziczone, albo nabyte chorobliwe usposobienie. Środki zaradcze widzi sprawozdawca w zabiegach prywatnych i zbiorowych, jako też w ustawodawstwie. Co do ostatniego żąda on uchwalenia środków ograniczających sprzedaż, używanie napojów wyskokowych, dalej środków, mających na celu kontrolę ich tęgości i czystości, oraz ograniczenie koncesyj szynkowych i t. p. Państwo miałoby za obowiązek zapobiegać skutkom pijaństwa: przez umieszczanie pijaków w zakładach, odbieranie im prawa rozporządzalności, karanie za opilstwo, powodujące publiczne zgorszenie, urządzenie zakładów dla opilców, którychby nie uważano jako zakładów karnych. Ustawa, mająca zwalczać nadużywanie napojów wyskokowych i jego następstw, musiałaby obejmować odpowiednie postanowienia ustawy przemysłowej, policyi sanitarnej, ustawy cywilnej i karnej.

Wnioski sprawozdawcy brzmią, jak następuje:

1) Przeciwko miernemu używaniu napojów wyskokowych (szczególniej wyfermentowanych i mniej zawierających wyskoku) przez osoby

dorosłe zdrowe i nie można nic zarzucić ze stanowiska higienicznego. W skarbnicy leków zajmuje wyskok dobrze uzasadnione miejsce.

2) Nadużywanie napojów wyskokowych przedstawia, przy wielkiem jego szerzeniu się, wielkie niebezpieczeństwo dla dobra ogółu, z powodu szkody, jaką ponosi pijak pod względem zdrowotnym, gospodarczym i obyczajowym.

3) Niebezpieczeństwo polega na każdorazowem przekroczeniu miary (ostre opilstwo) i na nawykowem używaniu wyskoku, wprawdzie w ilości nie opajającej, lecz doprowadzającej do przewłocznego opilstwa.

4) Ostre zatrucie wyskokowe prowadzi, z powodu osłabienia zdolności rozporządzania sobą, przy spotęgowanej wrażliwości i zmysłowości, do stanu niebezpiecznego dla własnej osoby, jako też dla publicznego bezpieczeństwa i obyczajności. Opilstwo wykazuje znaczny udział w statystyce nieszczęśliwych wypadków, w wykroczeniach przeciwko innym osobom i przeciw obyczajności, w mnożeniu się nieślubnych urodzin, w szerzeniu chorób płciowych itd.

5) Opilstwo jest winą w znacznej części wszelkiej nędzy społecznej, która objawia się włóczęgostwem, żebraniną, ubóstwem, głupotą, zdziczeniem, nieobyczajnością, prowadzeniem życia występnego, zbrodniczego, wszetecznego, zaniedbaniem młodzieży, nędzą domową i niezgodą małżeńską, rozwodami, samobójstwami. Prowadzi ono wprost, albo — przez obciążenie dziedziczne, do przepełnienia domów ubogich i pracy, zakładów karnych i poprawczych, szpitali i domów kalek, zakładów dla obłąkanych, idyotów i głuchoniemych.

Z drugiej strony taka nędza społeczna doprowadza znowu do opilstwa.

6) Celem zapobieżenia niebezpieczeństwu, wynikającemu z opilstwa, należy połączyć zabiegi prywatne z państwowymi. Środki zaradcze trzeba skierować ku zapobieganiu opilstwu przez zwalczanie jego przyczyn, usuwanie socyalnych następstw opilstwa i ku leczeniu pijaka.

7) Główne przyczyny opilstwa tkwią:

a) W przyzwyczajeniu się do środków użycia, w sile przykładu, w nawodzeniu, w stosunkach towarzyskich, oraz w nieznajomości wartości i działania wyskoku i w braku siły moralnej.

b) W prowadzeniu niehigienicznem życia wskutek nędzy społecznej.

c) W sile odziedziczonego i nabytego usposobienia chorobliwego.

8) Srodki tedy zaradcze przeciwko opilstwu powinny obejmować:

A) Zabiegi prywatne i stowarzyszeń.

a) Pouczanie o skutkach używania wyskoku, walka przeciwko pijaństwu i zmuszaniu do picia, podniesienie moralności, odsuwanie napojów wyskowych od młodzieży.

b) Poprawa stanu fizycznego i moralnego najbardziej narażonych na niebezpieczeństwo klas społeczeństwa zapomocą zarządzeń, podnoszących dobrobyt, piecza o napoje zdrowe.

c) Czynniki szkodliwe dla układu nerwowego, a przez to uspoi sabiające do opilstwa, należy zwalczać według zasad racyonalnej higieny układu nerwowego. Przypadki, w których wybryki opilcze nie są przyczyną, lecz tylko objawem choroby umysłowej, również przypadki chorobliwego nieznoszenia wyskoku, albo chorobliwego oddziaływania na napoje wyskokowe, podobnież choroby umysłowe w następstwie przewłocznego alkoholizmu, należy leczyć według zasad nauki lekarskiej.

B) Ustawodawstwo.

a) Środki finansowo-politycznego, zarobkowego i sanitarno-policyjnego znaczenia, mające ograniczyć sprzedaż i używanie wódki, kontrolować jej tęgość i czystość, poprawa w nadawaniu koncesyj, zakaz szynkowania osobom niedorosłym itp.

b) Dalsze rozwijanie ustawodawstwa socyalnego, dającego rękojmię ochrony.

9) Ochrona i usuwanie socyalnych następstw opilstwa potrzebuje wkroczenia ze strony państwa: umieszczanie opilców w stosownych zakładach; nadawanie im kurateli, wychowywanie przymusowe dzieci pijaków, kary za opilstwo wywołujące publiczne zgorszenie. Opilstwo jako takie nie może być przedmiotem karania; wykroczenia pijaków należy od czasu do czasu karać sądownie.

10) Dla leczenia opilców potrzeba urządzać zakłady osobne pod opieką państwa i kierunkiem lekarskim. Przyjmowanie do nich musi być zapewnione dostatecznie także wbrew woli pijaków i nie powinno zależeć od poprzedniego brania ich w kuratelę. Schronisk dla opilców nie należy traktować, jako zakładów karnych.

11) Wyleczeni pijacy muszą na zawsze wstrzymać się w zupełności od używania napojów wyskokowych; dalej, zupełne wstrzymywanie się potrzebne jest dla dzieci i dla tych wszystkich osób, które z powodu chorobliwego usposobienia alkohol źle znoszą i wkrótce tracą siły, by się zrzec tego bodźca. Dalsze żądania zupełnej wstrzemięźliwości przechodzą granice przykazań higieny.

12) Współdziałanie ustawy przy zwalczaniu nadużywania napojów wyskokowych jest nieodzowne i okazało się skutecznem. Rozporządzenia przeciwko pijaństwu, zaprowadzone w Niemczech, są niedostateczne. Ustawa, mająca zwalczać nadużywanie napojów wyskokowych i jego następstwa, powinna obejmować wszystkie rozporządzenia tak z dziedziny ustawy przemysłowej, jak sanitarno-policyjnej prawa karnego i cywilnego. Należy dążyć do ustawy państwowej tego rodzaju, bez ograniczenia rozporządzeń krajowych i statutowych.

W rozprawie nad tymi wnioskami zwrócił Prof. Fränkel uwagę na to, jakie środki należałoby zaprowadzić zamiast napojów wyskokowych. Wspominane często, tak zw. wolne od wyskoku piwa, wina, nie są zupełnie dostateczne i jemu także nie przypadają do smaku. Dlatego uważa za godny uwagi napój, używany podczas skwarnych dni zjazdu moskiewskiego, zwany „kwasem“, który także w Niemczech zasługiwałby na wprowadzenie w użycie. Inni mowcy zgadzają się w ogólności ze sprawozdawcą, podczas gdy Drzy Aschaffenburg i Führer przemawiają za środkami, dążącymi do wstrzymania się w zupełności od używania napojów wyskokowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby lekarskiej w Krakowie, odbytego dnia 28 listopada 1897 r.

Obecni: Przewodniczący, Prezydent Dr. Józef Łazarski; Członkowie: Dr. Stanisław Ponikło, Dr. Alfred Obaliński, Dr. Wincenty Świątek; Dr. Józef Walczyński usprawiedliwił swoją nieobecność.

I) Odczytano i przyjęto protokół z posiedzenia wydziału z dnia 30/10 b. r.

II) Wydział uchwala zwołać pełną Izbę na dzień 18. grudnia.

III) Wydział postanawia przedstawić pełnej Izbie wniosek zwołania wiecu lekarzy należących do Izby zachodnio galicyjskiej.

IV) W sprawie udzielenia koncesyi na leczenie osobom niepowołanym, uchwala Wydział przedłożyć pełnej Izbie następujące wnioski:

a) Izba lekarska w Krakowie na Zgromadzeniu dnia 18-go grudnia 1897 r. odbytem, solidaryzuje się zupełnie z postępowaniem Izby dolno-austryackiej.

b) Izba uchwala wnieść odnośną petycyę do Ministerstwa spraw wewnętrznych w drodze administracyjnej.

V) Sprawozdanie kasowe za rok 1897 przyjęto do wiadomości.

VI) W sprawie ułożenia budżetu na rok 1898 Wydział Izby uchwala przedłożyć pełnej Izbie:

Budżet na rok 1898: przychód . 2636 złr.
rozchód . . 2250 „

z wnioskiem uchwalenia na rok 1898 tytułem opłaty na rzecz Izby kwoty 6 złr., a to 4 złr. na potrzeby Izby, zaś 2 złr. na zapomogi.

Sprawozdanie Rady honorowej.

I) Wydział uchwala przedłożyć pełnej Izbie sprawozdanie Rady honorowej z czynności w roku 1897.

II) Sprawozdanie z wiecu Izb lekarskich i ratyfikacya uchwał tegoż.

III) M. Ch. Wieselman uprasza o uwolnienie od opłaty za rok 1897: — Wydział nie uwalnia.

IV) P. Szaferowa z Tarnowa prosi o zapomogę: Wydział wstrzymuje się z uchwałą aż do bytności na posiedzeniu kol. Walczyńskiego.

V) Wniosek udzielenia urzędnikowi Izby remuneracyi: Wydział uchwala kwotę 50 zlr.

Dr. Łazarski.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 30 Grudnia.

Odpis rozporządzenia c. k. Namiestnictwa z dnia 18-go grudnia 1897 l. 99198. Do WPana Profesora Odo Bujwida, przełożonego zakładu higienicznego w c. k. Wszechnicy w Krakowie.

Rozporządzeniem z dnia 6. listopada 1897 l. 32293 zarządziło Wys. c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych, ażeby począwszy od roku 1898, przy egzaminach fizykackich, egzamin z higieny odbywał się podobnie jak z chemii i farmakognozyi w zakładzie higienicznym, i aby egzamin ustny połączono z egzaminem praktycznym, wobec czego egzamin piśmienny z tego przedmiotu może odpaść. Przy egzaminie praktycznym należy ograniczyć się do tych przedmiotów, które według postanowienia rozporządzenia ministeryalnego z dnia 27. sierpnia 1873 r. Dz. p. p. Nr. 139 punkt 1. *a.* do *h.* nie są już zastrzeżone do egzaminu z jakościowego badania chemicznego.

D. j. w.

Otrzymujemy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

Najuprzejmiej proszę o umieszczenie w łamach kierowanego przez Niego pisma następującego listu otwartego:

Autorowie prac, ogłaszanych w Galicyi poza pismami peryodycznemi, nie przysyłają ich ani do redakcyi pism lekarskich w Królestwie ani do biblioteki Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Brak ich odczuwa się niemile przy układaniu „Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego", w którem pomimo woli redaktora i współpracowników, muszą być pomijane lub tylko tytułem zaznaczone.

Ponieważ w tych dniach współpracownicy „Przeglądu piśmiennictwa" rozpoczną już streszczanie prac odnośnych, a niepodobna pisać do każdego z autorów osobno (niektórych adresy nie są wiadome), upraszam przeto niniejszem najuprzejmiej autorów wszelkich książek, odczytów, broszur, roczników, sprawozdań etc., ogłoszonych poza pismami peryodycznemi w Galicyi w roku 1897, aby zechcieli przesłać je pod moim adresem w czasie najkrótszym. W przeciwnym razie prace te nie będą znowu mogły wejść do tekstu „Przeglądu piśmiennictwa" ku krzywdzie ich autorów, a jeszcze wiekszej krzywdzie dokładności wydawnictwa, podejmowanego takim nakładem trudu wielu współpracowników i kosztów Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

Mam nadto nadzieję, że odtąd wszelkie prace treści lekarskiej lub przyrodniczej, wychodzące poza pismami peryodycznemi, będą systematycznie nadsyłane do redakcyi „Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego", która, po zużytkowaniu ich dla „Przeglądu piśmiennictwa", składać je będzie stale w Bibliotece Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

Z poważaniem
Władysław Janowski
(Bracka 19).

* Sprawa regulacyi etatu i płac urzędników miejskich wkrótce wejdzie na porządek dzienny Rady m. Krakowa.

Ze względu na lekarzy miejskich nie jest to sprawa dla nas obojętna, zwłaszcza gdy przybiera wadliwy kierunek.

Jak wiadomo, projekt wnioskodawcy tej sprawy, Radcy miasta prof. Cyfrowicza, odesłała Rada do komisyi prawniczej. Według wniosku prof. Cyfrowicza lekarze mieli być zaliczeni do rangi IX-tej z przynależną do niej płacą. Komisya prawnicza ten wniosek odrzuciła, uchwalając natomiast niezaliczanie lekarzy wogóle do żadnej rangi, a przyznając im tylko płacę rangi X-tej. Przy dalszem roztrząsaniu wniosków R. m. prof. Cyfrowicza komisya prawnicza uchwaliła: Weterynarza miejskiego zaliczyć do rangi IX, weterynarza młodszego — do rangi X-tej, z płacą do tych rang przynależną. Zestawienie tych dwóch uchwał: co do lekarzy i weterynarzy, rażąco krzywdzi nie tylko lekarzy miejskich, ale dotkliwie obraża cały stan lekarski.

Tak na same wyżej przytoczone uchwały komisyi prawniczej, jak i na motywa w jej łonie wygłoszone, zapatrujemy się nie ze stanowiska indywidualnego, dotyczącego lekarzy miejskich, lecz poprostu widzimy tu rodzaj lekkomyślnej degradacyi zawodu lekarskiego, którą musi odczuć dotkliwie każdy lekarz. A jednak, jeśli kto, to nie zarząd m. Krakowa miałby prawo do takiej degradacyi: od ś. p. prof. Dietla, tego odnowiciela Krakowa, rozpoczyna się szereg obywatelskich czynów lekarzy krakowskich, które stan ten zaszczytnie wyróżniają: dzięki lekarzom krakowskim szczyci się nasze miasto szpitalem dla dzieci, parkiem Dra Jordana, Towarzystwem ratunkowem, Koloniami letniemi, lecznicą dla dzieci skrofulicznych w Rabce i t. d.; w każdem dziele miłosierdzia, oświaty i zdrowia publicznego widnieje praca, myśl i grosz lekarzy krakowskich tak, że żaden inny stan ze stanem lekarskim tu w Krakowie równać się pod tym względem nie może; a jeśli kto o tem wiedzieć powinien, to właśnie ten zarząd miasta, który więcej od wszystkich te zasługi lekarzy krakowskich znać i uszanować powinien.

Przekonani jesteśmy, że Radcy lekarze będą na tę sprawę zapatrywać się także nie ze stanowiska osobniczego, lecz zasadniczego i że Rada miejska odrzuci wnioski komisyi prawniczej, a uchwali jedynie sprawiedliwy pierwotny projekt R. m. prof. Cyfrowicza.

* Stopień doktorów wszech nauk lekarskich otrzymali: Filip Herc i Kazimierz Panek w Krakowie; Paweł Kučera, obecny asystent prof. Obrzuta, w czeskim Uniwer. w Pradze.

* Jak daleko sięgać może stałość i wytrwałość ludzka, pouczył nas świeżo promowany w Warszawie Dr. Roch Borysik. Przyszedł on na świat w gub. siedleckiej 1822 r.; mając lat 25, otrzymał świadectwo dojrzałości, poczem 10 lat trudnił się guwernerką. W roku 1857 wstąpił na wydział lekarski i, po kilku latach studyów, mając już w połowie egzamina złożone, musiał opuścić wszechnicę i strony rodzinne na długie lata. Po powrocie do kraju rozpoczął starania o pozwolenie dokończenia nauk lekarskich, a otrzymawszy takowe, złożył w ostatnich dniach ostateczny egzamin i, otrzymawszy stopień doktorski po skończeniu 75 lat życia, udał się na Litwę dla rozpoczęcia zawodu lekarza praktycznego.

* Dnia wczorajszego obchodzono uroczyście w Berlinie 50-letni jubileusz prof. Virchowa; w roku kończącym się upłynęło pół wieku od założenia Archiwu i zamianowania dzisiejszego jubilata docentem uniwersyteckim.

* Rosyjski minister komunikacyi zarządził zwołanie Zjazdu lekarzy kolejowych na dzień 18 maja 1898.

Nekrologia. Dr. Alfons Pajewski, wychowaniec Uniw. św. Włodzimierza, zmarł w Ciechocinku, w 57 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Kronice lekarskiej" Nr. 24: Dra Moraczewskiego: Przemiana materyi w leukemii i pseudoleukemii. W „Gazecie lekarskiej" Nr. 52: Sawickiego W.: Przypadek wrodzonego przerostu lewej kończyny dolnej. Dra Ołtuszewskiego: Ogólne uwagi o zboczeniach mowy (dok.). Dra Neugebauera Fr.: 31 spostrzeżeń zatrzymania główki dziecka lub pojedyńczych kości czaszki w macicy po dekapitacyi lub po urwaniu się tułowia podczas ekstrakcyi płodu (dok.). W „Medycynie" Nr. 52: Dra Brunera Wł.: O zachowaniu się zawartości wody i metali alkalicznych we krwi w zapaleniu nerek. Przyczynek do objaśnienia powstawania mocznicy (dok.). Janeczka A.: Przyczynek do kazuistyki potworów ludzkich.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Hartmann: Krankheiten des Ohres und deren Behandlung. Berlin, 1897.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**